



健康/殘障狀況文件申請

Documentation Request for Medical/Disability Condition

親愛的健康照護提供者:

_____ (顧客名) 通知我們某一健康狀況禁止或限制其參與 WorkFirst 中的活動, 這可能包括工作尋找、工作準備、教育課程、訓練或工作。

請完成附表以陳述這些限制。

我們將使用這項資料來決定當事人在工作尋找、工作準備、教育課程、訓練或工作上的參與程度, 最高為每週 40 小時。

請於 _____ (截止日期)前提供我們上述資料。如果我們沒有收到您的任何回信, 我們可能要求當事人全職參與上述列舉的工作活動, 最高為每週 40 小時。

如果您有任何疑問或需要更多時間以便寄出資料給我們, 請致電給我 _____ (社工員的電話號碼)。

謝謝您,

社工員姓名

Documentation Request for Medical/Disability Condition

顧客名	顧客代碼
WORKFIRST 經辦人員姓名	電話號碼

社區服務辦公室 (CSO) 地址

為幫助本部確定上面列名之個人的工作限制, 請提供下列資料:

1. 當事人是否有具體的身體、心理、情緒或發展問題, 需要特殊安排或考量? 是 否 如果是, 其健康狀況或診斷為何:

是否有任何檢驗、實驗室報告等佐證? 是 否 如果是, 附上並寄出這些文件。

2. 上述健康狀況是否限制當事人的工作能力 (例如提重物、久站或久坐、跟從指示、彎腰、把手高舉、長時間集中注意力、重複動作、與人互動, 以及/或暴露於化學或合成物質中等。)? 是 否

如果是, 請描述任何具體限制:

如果是, 當事人應該受到下列每週工時的限制:

0 時 (無法工作) 1 – 10 小時 11 – 20 小時 21 – 30 小時 31 – 40 小時

3. 這些健康狀況是否限制當事人參與準備和尋找工作等相關活動的能力 (例如參加教育或技職班, 可能需要久坐; 完成工作申請表可能得靠記憶、閱讀/寫作、收集資料、約定並赴約、使用交通工具、排隊、參與訪談、了解一份書面的雇用能力計畫、以及/或自我表達)? 是 否

如果是, 請描述如何限制:

如果是, 當事人應受到下列每週工時的限制:

0 時 (無法工作) 1 – 10 小時 11 – 20 小時 21 – 30 小時 31 – 40 小時

4. 當事人在提/帶物品時有任何限制嗎? 是 否

如果是, 當事人有下列限制:

- 久坐的工作: 經常提物不超過 5 磅, 且偶爾提物最多不超過 10 磅。
- 輕度工作: 經常提物不超過 10 磅, 且偶爾提物最多不超過 20 磅。
- 中度工作: 經常提物不超過 25 磅, 且偶爾提物最多不超過 50 磅。

5. 當事人的健康狀況是否影響他/她使用服務的能力 (例如使用電話、接受治療、約定並赴約、使用交通工具、尋找服務地點)? 是 否

如果是, 請描述:

6. 當事人的健康狀況可能對其工作能力、尋找工作或接受訓練以便工作限制多久?

_____ 數週 _____ 數月 _____ 此為永久健康狀況

7. 你是否執行某項具體治療計畫, 可說明當事人相關的健康情況或殘障程度? 是 否

如果是, 請描述治療計畫。

8. 是否有其他需要進一步評估或鑑定的具體問題? 是 否

如果是, 請描述何種鑑定或評估, 以及當事人應該轉介給何類專家。

健康/心理照護提供者或其他專業人員

簽名	日期	電話號碼
----	----	------

請正楷工整填寫姓名

郵寄地址 _____ 城市 _____ 州 **WA** 郵遞區號 _____

授權釋出資料

我授權 _____ 向 Department of Social and Health Services (社會健康服務部) 提供本表上的資料以及任何醫療記錄資料, 證實我的疾病和損傷狀況, 使我無法工作, 以便單獨評估我參與 WorkFirst 計畫的能力。我了解這項釋出具體包括了心理健康、酒癮或藥癮、包括愛滋病 (HIV/AIDS) 在內的性傳染病 (STD) 的診斷測試或治療資料, 如果這些資料屬於記錄的一部份的話。(修正版華盛頓行政命令 (RCW) 78.24.105)

患者簽名	日期
------	----

指示

DSHS WorkFirst 案件經理/社工員: 本表的目的是協助你準備一份 Individual Responsibility Plan (個人責任計畫), 以確定當事人的健康狀況或殘障程度是否影響其工作、尋找工作、參與訓練以及/或使用服務的能力。**如果其他文件存在的話, 本表的使用並非必要。** 你可以將此表拿給申請人/接受人, 使其至適合的專業服務提供者處完成本表; 或者你可以將此表直接寄給服務提供者。如果你選擇寄出此表, 請附上回郵地址的信封, 並附上你的名字以確保本表可寄還給適當的人。

DSHS 顧客: 本表的目的是收集來自醫療提供者的資料, 以協助你的案件經理或社工員來審閱你的健康問題, 並且準備一份最適合你特殊需要和限制的 Individual Responsibility Plan。

醫師/健康照護提供者: 為獲取公共協助 (TANF) 的成人, 必須工作、積極尋找工作、或接受訓練以便工作每週 32 到 40 個小時。部份顧客可能因為健康相關的問題, 而無法達到此項要求。這些顧客可能需要暫時從工作活動中退下, 或者能夠工作但只能做有限的幾個小時, 或可能需要避免某些類別的工作活動。請完成此表並交給顧客, 或使用隨表附上的信封, 寄給 WorkFirst 案件經理或社工員, 或寄給我們任何通知、信件、或其他你已有資料記錄, 可說明顧客工作限制的醫療文件。